

viernes, 22 de marzo de 2024

**Estimado Prestador,**

Notificamos que al día de la fecha nuestro asociado, según detalle adjunto, se encuentra habilitado para el consumo.

**Apellido y Nombre:**

**Nro. de Credencial:**

**Plan Contratado:**

**Institución:**

**Fecha de prestación:**

**Diagnóstico:**

Se adjunta la siguiente nota para ser presentada ante quien corresponda a los fines de poder realizar la práctica que se detalla:

Código	Descripción	Cantidad

**<Nota Válida para Facturación>**

La gestión de prácticas de internación que requieran autorización se debe solicitar a través de nuestro Centro Autorizador:

[autorizacionesprestadores@medife.com.ar](mailto:autorizacionesprestadores@medife.com.ar)

Sujeto a Auditoría Médica posterior.

Autorizaciones